

vidéo

son

images

diaporama

animation

Isabelle
Jalenques*, **

Guillaume
Legrand*

Blues et dépression du post-partum

Les dépressions dans les semaines qui suivent un accouchement sont fréquentes, mais il n'est pas toujours facile de faire le diagnostic. L'entourage peut y voir une « fatigue normale après une naissance » tandis que la mère, craignant que celui-ci ne lui reproche son manque d'investissement, peut dénier ou minimiser ses troubles. Le repérage des mères à risque est donc primordial.

Ce qui est nouveau

La période périnatale peut être pour certaines femmes l'occasion de pathologies dépressives et anxieuses, ayant des conséquences pour la mère mais aussi sur le développement de l'enfant.

La communication entre les différents professionnels (médecins généralistes, équipe obstétricale, équipe pédiatrique et équipe psychiatrique) est essentielle à la fois durant la grossesse afin d'identifier les femmes à risque, et dans le post-partum pour la prise en charge.

Blues et dépression du post-partum sont parfois d'un repérage difficile. Si le blues du post-partum, trouble émotionnel fugace, ne pose pas de problème dans sa forme typique, en revanche le diagnostic de dépression du post-partum risque d'être méconnu. Parmi les raisons qui peuvent l'expliquer, soulignons que l'entourage attribue souvent à une « fatigue normale après une naissance » les difficultés qu'il repère. La mère peut estimer que ses troubles sont liés à la fatigue, et les banaliser. Elle peut aussi se culpabiliser, craindre que l'entourage lui reproche de ne pas éprouver la « joie normale de toute mère qui vient de donner la vie » ou la perçoive comme une « mauvaise mère », ce qui l'incite à masquer ses troubles, voire les dénier. Elle ne demande donc pas directement de l'aide, mais centre ses demandes sur les « difficultés de l'enfant ».

Les conséquences possibles sur l'état de santé de la mère (évolution chronique, récurrences lors de grossesses ultérieures), de l'enfant (difficulté en termes d'attachement et de performance cognitive) et du conjoint (dépression) justifient le repérage précoce de ces troubles.

Étiopathogénie et facteurs de risque Devenir mère

La maternité, source de bouleversements à la fois somatiques, hormonaux et psychologiques, entraîne des aménagements parfois complexes pour la nouvelle mère pouvant expliquer les réactions anxieuses et dépressives observées.

D'un point de vue psychologique, la « maternalité » (de l'anglais *motherhood*) correspond à la phase du développement psycho-affectif qui s'effectue à l'occasion de la maternité.

* Faculté de médecine, université d'Auvergne, pôle de psychiatrie, CHU de Clermont-Ferrand, service de psychiatrie de l'adulte A et psychologie médicale, BP 69, 63003 Clermont-Ferrand Cedex 1 ;

** Faculté de médecine, université d'Auvergne-Clermont-1, équipe d'accueil EA 3845, BP 38, 63001 Clermont-Ferrand Cedex 1, France.
ijalenques@chu-clermontferrand.fr

La perte (perte de l'enfance, deuil de l'enfant imaginaire, perte de l'objet maternel) et l'actualisation (reviviscence de conflits infantiles, des deuils et traumatismes anciens) interviennent dans le processus de maternité.

Le désir d'enfant intervient également. Si Freud considère ce désir comme un choix d'objet narcissique (désir d'obtenir du père le pénis), d'autres auteurs comme Klein et Deutsch considèrent ce désir comme un désir féminin en soi. Bydlowski, de son côté, note deux significations au désir d'enfant, l'une consciente (devenir parent, se perpétuer) et l'autre inconsciente.

Le fait de devenir mère représente l'occasion d'un nouvel aménagement des relations aux figures d'attachement. Pour Ammaniti, la grossesse serait l'ultime occasion d'un accommodement avec ses parents.

Par ailleurs, le péripartum représente pour certains auteurs un état partiel de régression par l'aspect de reviviscence des affects

infantiles avec la mise en œuvre potentielle de mécanismes de défense archaïques. Ce mouvement régressif fait que la mère retrouve chez son enfant celui qu'elle fut autrefois et ce que sa mère fut pour elle.

L'accouchement et le post-partum sous-tendent également le concept d'ambivalence affective, comme le rappelle Winnicott. La mère déçue par son enfant (différent de l'enfant qu'elle imaginait) pourrait rêver de s'en débarrasser malgré son amour pour lui. Une ambivalence dite normale consisterait à rendre gérable et tolérable l'ambivalence qui tend à ces sentiments opposés.

Enfin, devenir parent est source de satisfaction narcissique mais consiste également à renoncer à rester « l'enfant merveilleux » de ses parents.

Des différences individuelles et culturelles interviennent également dans ces processus.¹

Facteurs de risque

L'enjeu, en période prénatale, est de repérer les facteurs de risque afin d'identifier les mères à risque. L'existence d'antécédents dépressifs (du post-partum ou non) est le facteur de risque le plus important. Les autres facteurs (tableau 1) doivent également être recherchés. Il faut souligner l'importance, dans ce domaine, d'une bonne communication entre médecin traitant, obstétricien et psychiatre, permettant un meilleur recueil d'information.²

Post-partum blues

Syndrome dysphorique transitoire, aigu et bénin, le post-partum blues touche près de la moitié des femmes venant d'accoucher, typiquement entre le 3^e et le 10^e jour suivant la naissance.

Ces manifestations sont-elles pathologiques ? Certes, il y a rupture par rapport au fonctionnement habituel de la personnalité, et perturbation des affects, mais en principe de durée brève. Suivant les cas, l'épisode va relever des réactions émotionnelles normales, des troubles transitoires de l'adaptation ou des troubles de l'humeur.

Le pic de fréquence et d'intensité se situe entre le 3^e et le 5^e jour du post-partum. Typiquement, sa durée est brève, moins de 24 heures ; en fait de quelques heures à quelques jours.

Sa symptomatologie, fluctuante dans le temps, comporte :

- des accès de pleurs déclenchés par des événements mineurs, signe le plus constant, survenant le plus souvent quelques heures après la naissance ou entre le 3^e et le 10^e jour du post-partum, associés à une hypersensibilité aux événements ;
- une labilité de l'humeur, qui change en quelques heures ; caractéristique essentielle du post-partum,³ elle peut être intense, marquée par des accès de rire peu motivés, une logorrhée et une surexcitation ;
- un sentiment de dépersonnalisation (plus rare), presque immédiatement après la naissance ou entre le 4^e et le 7^e jour du post-partum ; les femmes éprouvent une indifférence envers leur

TABEAU 1 Principaux facteurs de risque de blues et de dépression du post-partum

Facteurs de risque	DPP	PPB
Psychiatriques		
Dépression antérieure (du post-partum ou non)	+++	*
Intensité et durée du blues	+++	–
Manifestations anxieuses et dépressives en période prénatale	+++	*
Événement(s) de vie stressant(s)	+++	–
Neuroticisme**	++	–
Faible estime de soi	+	–
Socio-économiques et relationnels		
Faible soutien social	+++	–
Difficultés relationnelles conjugales	++	–
Âges extrêmes de la vie procréative (adolescence ou grossesse tardive)	++	–
Comportement du nouveau-né (intensité des pleurs et sommeil)	+	–
Absence d'emploi ou emploi peu valorisant	+	–
Faible niveau d'éducation	+	–
Inquiétude par rapport à la santé du nouveau-né	–	*
Endocriniens		
Hypothyroïdie (hypothyroïdies transitoires du post-partum, thyroïdites inflammatoires)	+++	–
Obstétricaux		
(Antécédents de fausses couches, césarienne en urgence...)	+	–

D'après la réf. 2.

+++ : risque reconnu élevé ; ++ : risque reconnu modéré ;

++ : risque reconnu faible ; * : risque évoqué ; – : non évoqué.

PPB : blues du post-partum ; DPP : dépression du post-partum.

** tendance à ressentir des émotions négatives, de l'anxiété.

Troubles psychiatriques rencontrés dans le post-partum en dehors du blues et de la dépression

Trouble (fréquence) / sémiologie	Date de survenue	Durée	Traitement
PSYCHOSES PUERPÉRALES (0,1 à 0,2 %)			
Psychose délirante aiguë • Début : ruminations anxieuses étranges, crises d'angoisse aiguës avec plaintes somatiques, agitation nocturne, bizarreries de comportement, crises de larmes de motivation étrange • Phase d'état : syndrome confuso-onirique associé à une labilité intense de l'humeur, syndrome délirant avec thématique centrée sur la relation mère-enfant et/ou sur le conjoint (négation du lien d'alliance, négation de la maternité, idées de substitution de l'enfant...)	Typiquement dans les 15 jours suivant la naissance	Quelques semaines à quelques mois	Hospitalisation Séparation mère enfant Psychotropes
Accès maniaques et états mixtes • Début : troubles du sommeil sévères, perturbation du contact avec l'enfant • Phase d'état : agitation, états délirants de thématique variée non forcément centrés sur l'enfant, fluctuations de l'humeur souvent très importantes (accès mixte) • Évolution : états dépressifs secondaires fréquents	Typiquement dans les 15 jours suivant la naissance	Quelques semaines à quelques mois	Hospitalisation Séparation mère enfant Psychotropes
Dépressions mélancoliques délirantes • Début : aigu ou progressif • Phase d'état : syndrome délirant de culpabilité centré sur l'enfant, thèmes de déshonneur, de ruine et d'indignité centrés sur la patiente	Typiquement dans les 15 jours suivant la naissance	Quelques semaines à quelques mois	Hospitalisation Séparation mère enfant. Psychotropes
ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (1,9 à 5,6 % [4 à 8 semaines après l'accouchement] 1,5 à 3 % [6 mois après l'accouchement])			
Syndrome de répétition (cauchemars, <i>flash-back</i> , etc.) Symptômes d'évitement (évitement des rapports sexuels) Signes d'activation neurovégétative	Quelques jours à quelques mois après la naissance	Plus d'un mois	Psychothérapies, psychotropes
ÉTATS SCHIZOPHRÉNIFORMES (rares)			
Trouble de la personnalité pré morbide de type schizoïde parfois présent Pas de spécificité sémiologique au cours du post-partum	Peut survenir tôt après l'accouchement	Inférieure à 6 mois	Prise en charge habituelle Vigilance quant au lien mère-enfant
DÉCOMPENSATION AIGUË D'UNE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE SOUS-JACENTE (très rare)			
Pas de spécificité sémiologique au cours du post-partum	Trouble généralement connu avant la naissance		Prise en charge habituelle Vigilance quant au lien mère-enfant

D'après les réf. 1, 6 et 7.

enfant relative et passagère, vécue avec culpabilité, parfois une impression de dépersonnalisation, d'étrangeté vis-à-vis de leur corps ou de celui de l'enfant ; ce tableau pourrait faire penser à un état hypomaniaque, voire une psychose puerpérale, mais s'en différencie par son caractère rapidement résolutif ;

- une exaltation de l'humeur, intense en général mais qui peut être légère et difficile à distinguer d'une exaltation adaptée ;
- une dépressivité souvent marquée par des sentiments de tristesse, de lassitude ou d'abattement, alternant parfois avec une exaltation ;
- une confusion, des troubles de la mémoire immédiate ou une distractibilité ;
- une irritabilité ;

– des troubles du sommeil, difficiles à évaluer, car le sommeil est régulièrement perturbé en post-partum ;⁴

– épuisement, céphalées, anorexie, anxiété.⁴

Dépression du post-partum

Selon les classifications internationales, la dépression est classée parmi les troubles de la puerpéralité, si elle survient dans les 4 (selon le DSM-IV) ou 6 (selon la CIM 10) semaines suivant la naissance. Toutefois, nombre d'études définissent la dépression du post-partum comme un épisode survenant dans la première année suivant l'accouchement (ce que recommande aussi la Société Marcé).

Conséquences pour l'enfant des troubles psychiatriques maternels du post-partum

Diane Purper-Ouakil *

L'existence d'une psychopathologie chez les parents augmente le risque pour l'enfant de développer des troubles mentaux au cours de son développement. Étant donné l'origine multifactorielle des troubles mentaux, une partie de ce risque peut être le fait d'une vulnérabilité génétique, mais les difficultés des parents peuvent également s'accompagner d'une dégradation des conditions de vie familiale et tout particulièrement d'une altération des interactions parent-enfant.

Psychopathologie parentale et interactions précoces

Les troubles mentaux survenant chez les mères au cours de la période périnatale sont susceptibles d'interférer avec la mise en place des premiers liens affectifs avec leur nourrisson. Or, les travaux concernant le processus d'attachement ont montré combien la qualité de ces liens était importante, particulièrement chez

le nourrisson humain qui dépend de son environnement pour la satisfaction de ses besoins primaires et qui a un développement post-natal prolongé. L'attachement décrit par Bowlby est un système relationnel qui comprend chez le nourrisson et le jeune enfant un ensemble de répertoires comportementaux naturels destinés à favoriser l'instauration d'un lien particulier avec les adultes nourriciers qui assurent en retour la survie de l'enfant.¹ Un enfant qui a développé des liens d'attachement peut compter sur une « base de sécurité » qui est petit à petit intériorisée en termes de modèle mental (« le modèle interne opérant »). C'est à ce modèle, qui se forgerait durant les cinq premières années de sa vie, que l'enfant compare ses expériences sociales. L'attachement, en instaurant une régulation dyadique des émotions, permet ainsi, au cours du développement, le passage d'un système de régulation externe à un système de régulation interne.

La séquence développementale des interactions précoces commence par le préattachement du nourrisson qui se caractérise par des cris, des regards, des comportements d'agrippement. Chez le tout-petit, ce répertoire de comportement ne s'adresse à personne en particulier, mais dès

l'âge de 3 mois, le sourire commence à être dirigé vers l'adulte familial. Entre 6 et 8 mois, les comportements d'attachement deviennent plus explicites ; l'enfant montre des préférences et cherche le réconfort auprès des adultes qui s'occupent de lui.

Parallèlement aux comportements observés chez l'enfant, l'adulte nourricier développe une forme de communication qui favorise le développement des liens d'attachement. Il s'agit de la « danse interactive » ou « synchronie » (*attunement*).

L'adulte initie l'échange ou répond aux sollicitations de l'enfant en adoptant une mimique particulière (exagération de la joie, de la surprise...) et un ton de voix aigu et mélodieux. Dans ce type d'interactions, l'adulte emploie un langage simplifié, c'est le « parler bébé ». Dans les relations de synchronie, il existe une alternance harmonieuse dans les échanges. Dans ce cas, l'adulte va s'adapter aux signaux émis par l'enfant ; par exemple, il interrompt ou module l'intensité de l'échange quand l'enfant, lassé, détourne le regard. La synchronie semble un paramètre important pour le développement du langage et des capacités cognitives. Ainsi, l'interruption de la « danse interactive » ou l'exposition d'un nourrisson à des mimiques non synchronisées (visage inexpressif ou mimiques

La prévalence de la dépression du post-partum est estimée entre 2 et 6 % pour les dépressions majeures, et 6 à 10 % pour les dépressions mineures.⁵ L'incidence est maximale vers la 6^e semaine suivant la naissance.

Le début de l'épisode est le plus souvent insidieux, dans les semaines qui suivent l'accouchement ; certaines dépressions du post-partum peuvent survenir plus tardivement, dans l'année qui suit. Parfois, l'épisode se présente comme la prolongation d'un blues du post-partum.

Le tableau clinique à la phase d'état peut revêtir des formes variables, notamment dans son intensité : depuis des formes légères (avec le risque qu'elles ne soient pas diagnostiquées et persistent durablement) jusqu'à des épisodes dépressifs majeurs.

Certains signes cliniques sont considérés comme spécifiques : la mère se sent incapable physiquement de répondre et de s'adapter aux besoins de son enfant, n'éprouve pas de plaisir à lui prodiguer des soins ; certaines mères éprouvent l'angoisse majeure d'être poussées par une force intérieure irrésistible à faire du mal à l'enfant (phobies d'impulsion), ce qui les conduit à éviter les contacts avec l'enfant et à chercher à le confier à l'entourage. La mère se montre irritable et agressive envers le père ou les autres enfants.

D'autres sont dépourvus de spécificité : abattement, labilité de l'humeur, crises de larmes, asthénie physique et intellectuelle, perte des intérêts, troubles du sommeil, plaintes somatiques, anticipation anxieuse du registre hypocondriaque, troubles de la mémoire et de la concentration.¹

* Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Robert-Debré, 75935 Paris cedex 19 ; Inserm U 894, centre psychiatrie et neurosciences, hôpital Sainte-Anne, 75014 Paris. diane.ouakil-purper@orange.fr

en contradiction avec le contexte) provoque une activation du système nerveux parasympathique et un désengagement relationnel. Les troubles mentaux des figures d'attachement, tout particulièrement la dépression post-natale et les troubles psychotiques du post-partum, peuvent rendre l'adulte émotionnellement et physiquement moins disponible pour l'enfant. L'impact de ce manque de disponibilité psychique peut se trouver aggravé par d'autres facteurs de risque, tels que l'isolement de la famille, une précarité, un manque d'accès aux soins, l'exposition prénatale à des toxiques, à rechercher dans toute évaluation clinique de psychopathologie post-natale. Un style d'attachement particulier a été rattaché à un manque de sensibilité parental aux comportements du bébé. Il s'agit de l'attachement insécure-désorganisé (ou attachement de type D) qui se caractérise par la difficulté pour l'enfant à adopter une stratégie cohérente (il a des comportements contradictoires vis-à-vis des figures d'attachement).² Les enfants montrant ce type d'attachement se caractérisent par des difficultés de régulation émotionnelle. Les interactions sont instables, avec une alternance entre des moments d'excitation et de repli.

Dépression post-natale et stress relationnel précoce

Dans certains cas, l'existence d'un trouble mental non seulement empêche le parent de jouer son rôle de régulateur externe vis-à-vis de l'enfant, mais devient, au contraire, une source

de stress pour l'enfant. Ces interactions traumatiques pourraient compromettre le développement des structures cérébrales impliquées dans la régulation émotionnelle, les relations sociales, et favoriser des stratégies de *coping** inopérantes lors de stress ultérieurs. Les attitudes parentales le plus souvent incriminées dans le stress relationnel précoce comprennent un spectre assez large incluant la maltraitance physique et émotionnelle, l'imprévisibilité et l'incohérence des relations, les attitudes de critique permanente, les tensions dans les relations familiales, mais aussi les attitudes de surprotection. La dépression maternelle compromet la synchronie et la sensibilité aux besoins de l'enfant et augmente le risque d'attachement désorganisé.³

Dans des situations d'interaction inappropriée, le nourrisson développe deux types de réactions, reproduites en situation expérimentale sur des primates. Une première phase d'hyperexcitabilité (*hyperarousal*) avec une libération massive de catécholamines et de cortisol est suivie par une phase de dissociation ou de désengagement relationnel caractérisée par une libération d'endorphines, une activation parasympathique et une augmentation du tonus vagal. Ce mécanisme pourrait être engagé ultérieurement devant des situations de stress, compromettant ainsi l'accès à des stratégies plus opérantes, telles que le partage d'expériences et la

* De l'anglais *to cope* : faire face. Le terme désigne l'ensemble des processus par lesquels une personne cherche à s'adapter à une situation éprouvante.

coopération sociale. L'exposition itérative à des traumatismes relationnels précoces et sévères pourrait aussi favoriser une vulnérabilité aux stress ultérieurs via des modifications de l'axe corticotrope, des neuropeptides et des circuits corticolimbiques.

Le repérage des dépressions pré- et post-natales est important du fait de ses conséquences potentielles sur les relations d'attachement et le développement de l'enfant. En dehors des traitements ciblant les symptômes dépressifs, des interventions de psychologie communautaire centrées sur la dyade mère-enfant ont récemment montré des résultats encourageants.⁴

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

RÉFÉRENCES

1. Bowlby J. Attachment and Loss. New York: Basic Books, 1982.
2. Main M. Introduction to the special section on attachment and psychopathology: overview of the field of attachment. J Consult Clin Psychol 1996;64:237-43.
3. Mills-Koonce WR, Garipey JL, Sutton K, Cox MJ. Changes in maternal sensitivity across the first three years: are mothers from different attachment dyads differentially influenced by depressive symptomatology? Attach Hum Dev 2008;10:299-317.
4. Van Doesum K, Riksen-Walraven J, Hosman CM, Hoefnagels C. A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. Child Dev 2008;79:547-61.

Ils s'accompagnent souvent d'un retentissement fonctionnel sensible dans les activités quotidiennes.

La durée de l'épisode de dépression du post-partum est variable : les formes peu intenses, essentiellement liées à des difficultés d'ajustement transitoire, se résoudraient spontanément en 3 à 6 mois ; certaines formes plus sévères sont encore évolutives, pour la moitié d'entre elles, 1 an après la naissance. Un épisode de dépression du post-partum peut récidiver lors d'une grossesse ultérieure dans 30 à 50 % des cas.

Certaines dépressions du post-partum peuvent évoluer sur un mode chronique ou récurrent, parfois jusqu'à la scolarisation de l'enfant. Enfin, la dépression du post-partum peut être inaugurale d'un trouble dépressif récurrent.

Autres troubles psychiatriques rencontrés dans le post-partum

Outre le blues et la dépression, les autres troubles psychiatriques rencontrés dans le post-partum et qui peuvent en constituer des diagnostics différentiels sont présentés dans le tableau 2.^{1, 6, 7}

Prise en charge thérapeutique

Prise en charge du blues

Le blues du post-partum est dépourvu de gravité s'il disparaît dans les 10 jours suivant la naissance. Proposer soutien et écoute à la mère paraît logique. S'il se prolonge, il doit être rééva-

TABLEAU 3

Prescription des principaux psychotropes dans le post-partum et allaitement maternel

Traitements	Informations concernant l'allaitement	Contre-indication à l'allaitement (Dictionnaire Vidal)	Pres
TRAITEMENTS ANTIDÉPRESSEURS			
Inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine			
Paroxétine	Taux indétectable chez l'enfant	Relative (seul traitement autorisé en France)	OUI
Fluoxétine	Retrouvé en proportion importante dans le lait maternel	Absolue	NON
Sertraline	Taux indétectable chez l'enfant	Déconseillée (insuffisance des données)	OUI
Citalopram	Peu de données	Déconseillé (insuffisance des données)	POSSIBLE
Antidépresseurs tricycliques			
Doxépine	Taux détectable d'un métabolite de la doxépine	Déconseillée (insuffisance des données)	NON
Autres tricycliques	Fréquemment utilisé durant la lactation	Déconseillés (insuffisance des données)	OUI (Faible)
IMAO			
	Non recommandés	Absolue	NON
Autres antidépresseurs			
Venlafaxine	Passage important dans le lait maternel	Absolue	NON
Mirtazapine	Peu de données	Déconseillée (insuffisance des données)	À ÉVITER
Miansérine	Faible passage dans le lait maternel	Déconseillée (insuffisance des données)	À ÉVITER
BENZODIAZÉPINES (BZD)			
	Non recommandées	Contre-indiquées	POSSIBLE
NEUROLEPTIQUES			
Neuroleptiques classiques	Ratio taux dans le lait/taux plasmatiques inférieur à 1	Déconseillés	NON
Clozapine	Non recommandé ; risques de sédation, instabilité cardiaque		NON
Risperidone	Peu de données Pas d'effets secondaires sur le peu d'étude	Contre-indiqué	POSSIBLE
Aripiprazole	Pas d'étude	Contre-indiqué	NON
Olanzapine	Effets secondaires constatés sur plusieurs études	Contre-indiqué	NON
THYMORÉGULATEURS			
Lithium	À déconseiller	Contre-indiqué	À ÉVITER
Acide valproïque	À déconseiller	Déconseillé (insuffisance des données)	À ÉVITER
Carbamazépine	À déconseiller Passage important dans le lait maternel	Déconseillé (insuffisance des données)	À ÉVITER

D'après la réf. 10. IMAO : inhibiteurs de la monoamine oxydase.

lué, et une prise en charge spécifique doit être proposée, une dysphorie intense ou prolongée s'associant à un risque augmenté de dépression post-natale.⁸

Quelques formes cliniques sévères avec sentiment de dépersonnalisation et exaltation de l'humeur, parfois déréalisation, confusion ou hallucination, bizarrerie des sentiments ou des conduites, existent.

Ces formes intenses posent la question du diagnostic différentiel avec un état hypomaniaque ou maniaque, voire une psychose puerpérale débutante. Le recours à un avis psychiatrique est alors nécessaire.

Prise en charge de la dépression

Prévention

Chez des femmes considérées à risque de dépression du post-partum, des interventions psychologiques (thérapies interpersonnelles et débriefing) et des interventions psychosociales, à une fréquence régulière, pourraient avoir une efficacité « préventive » et jouer un rôle dans le dépistage des troubles anxiodépressifs du post-partum.

Traitement

Le choix du traitement dépend de la sévérité de la dépression. Le premier temps de la prise en charge doit porter sur l'évaluation de la relation mère-enfant.

description possible	Surveillance
	Clinique et paraclinique
	Troubles du sommeil chez l'enfant
(Pas en 1 ^{ère} intention)	Troubles du sommeil chez l'enfant
dose)	Effets anticholinergiques chez la mère comme chez l'enfant
	—
	—
(BZD ½ vie courte)	Sédation, léthargie, dépendance
	Clinique
	Lithémie chez la mère et l'enfant
	Hématologique et bilan hépatique chez la mère et l'enfant
	Surveillance des taux sanguins chez la mère et l'enfant

Les psychothérapies, dont les modalités sont à choisir en collaboration avec le spécialiste, constituent un élément majeur du traitement de la dépression du post-partum. Ces méthodes peuvent être d'inspiration analytique, cognitivo-comportementale ou interpersonnelle et semblent aussi efficaces (voire supérieures) au traitement psychotrope.⁹

En cas de dépression sévère, le recours à un traitement psychotrope s'avère souvent nécessaire. La prescription de tout traitement en période de post-partum pose la question du passage des psychotropes dans le lait maternel. La décision de démarrer un traitement psychotrope relève du psychiatre, en

POUR LA PRATIQUE

Post-partum blues

- ▶ Trouble émotionnel fugace, caractérisé par une labilité de l'humeur et une fluctuation symptomatique qui survient entre le 3^e et le 10^e jour suivant la naissance.
- ▶ Typiquement bénin, il concerne 50 % des femmes dans les suites de l'accouchement et justifie, dans la majorité des cas, d'un soutien et d'une écoute de la mère.
- ▶ Intense et prolongé, il peut s'associer à un risque augmenté de dépression du post-partum.

Dépression du post-partum

- ▶ Un peu plus d'une mère sur 10 a une dépression du post-partum dans l'année suivant la naissance.
- ▶ Les facteurs de risque de dépression du post-partum sont plus particulièrement les antécédents personnels de dépression, d'anxiété durant la grossesse, et les facteurs relationnels (difficultés conjugales, mauvaise relation mère-fille, faible soutien social).
- ▶ Le diagnostic repose sur l'identification d'un tableau clinique de dépression dans les semaines qui suivent l'accouchement. Le repérer précocement permet de limiter la souffrance de la mère et les conséquences négatives sur les interactions précoces mère-enfant.
- ▶ Seuls certains signes cliniques sont spécifiques (comme le vécu des relations avec l'enfant...) ; la plupart sont dépourvus de spécificité, mais s'accompagnent d'un retentissement fonctionnel sensible dans les activités quotidiennes.
- ▶ La qualité des premiers liens et l'expression des plaintes éventuelles exprimées par la mère à propos de son nouveau-né requièrent une attention particulière.
- ▶ Il est très important, si un tel diagnostic est évoqué, de mettre en place une prise en charge concertée avec l'ensemble des professionnels qui suivent la mère et son enfant.
- ▶ Si l'instauration d'un traitement psychotrope par un spécialiste s'avère nécessaire, un suivi conjoint médecin généraliste-psychiatre est à mettre en place.
- ▶ Les psychothérapies, dont les modalités sont à choisir en collaboration avec le spécialiste, constituent un élément majeur du traitement de la dépression du post-partum.
- ▶ Un traitement médicamenteux antidépresseur est parfois nécessaire.

concertation avec l'équipe qui prend en charge la mère et le médecin traitant dont le rôle est capital dans la surveillance et le suivi de la mère comme de son enfant.

Pour les antidépresseurs, suivant les recommandations actuelles du *dictionnaire Vidal*, seule la paroxétine (Deroxat) peut être prescrite.

La prescription des principaux psychotropes en période d'allaitement maternel est rappelée dans le tableau 3.¹⁰

Lors de la prescription d'un traitement, certaines règles générales doivent être respectées en cas d'allaitement :

- recherche de la dose minimale efficace et dosage des taux sanguins si nécessaire ;
- surveillance clinique de la mère et du nouveau-né ;
- pas de prescription de psychotrope chez une mère allaitant un nouveau-né prématuré (ou pas d'allaitement si prescription) ;

– éviter les associations ;

– en cas d'allaitement, prescrire le médicament en une prise unique si possible après la dernière tétée du soir ;

– préférer les médicaments ayant les plus faibles concentrations plasmatiques chez le nouveau-né nourri au sein.⁹

L'hospitalisation en unité mère-enfant, d'indication rare dans la dépression du post-partum, vise à évaluer et à soutenir l'interaction mère-enfant.

Dans les formes très sévères de dépression du post-partum, l'électrostimulation est d'indication consensuelle même si sa place reste limitée ; elle est indiquée en situation d'urgence et devant l'inefficacité ou la contre-indication d'un traitement médicamenteux.

Conclusion

Blues et dépression du post-partum sont de diagnostic parfois difficile. Les conséquences sur l'état de santé de la mère et sur celui de l'enfant font qu'un repérage rapide est nécessaire afin d'initier une prise en charge thérapeutique adaptée. La communication entre les différents professionnels (médecins généralistes, équipe obstétricale, équipe pédiatrique et équipe psychiatrique) est primordiale, que ce soit durant la grossesse afin de repérer les femmes à risques, dans le post-partum précoce pour permettre un diagnostic rapide et au cours de la prise en charge thérapeutique pour la mise en œuvre et la surveillance du traitement chez la mère comme chez l'enfant.

Même si le blues du post-partum est dépourvu de gravité, l'écoute et le soutien de la mère sont essentiels. Une dysphorie intense et prolongée doit alerter et orienter vers une réévaluation spécialisée afin d'éliminer tout diagnostic différentiel potentiellement grave. La prise en charge de la dépression du post-partum doit débuter par l'évaluation de la relation mère enfant. Les psychothérapies constituent le traitement de choix de cette dépression.

Un traitement antidépresseur est cependant parfois nécessaire et relève d'un avis spécialisé psychiatrique. La place du médecin traitant reste pourtant capitale dans la surveillance et le suivi de la mère et de son enfant et ce de façon conjointe au psychiatre. •

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

SUMMARY Post-partum blues and depression

Post-partum time is an eventful period with modifications of somatic but also biological and psychological status of women, leading to increased risk of anxious and depressive disorders. Diagnosis of post-partum blues (PPB) or post-partum depression (PPD) is sometimes difficult. PPB is usually benign ; thus a punctual help is usually sufficient. A severe or long duration PPB is associated with an increased risk of PPD which has to be taken into account. PPD can be difficult to diagnose because of multiple clinical forms and specially variations in intensity. During prenatal period, the aim is to look for women who are at risk for PPB or PPD. So it is necessary that the different practitioners can exchange informations. A treatment of PPD is essential because it has an important impact on mother and child's health. General practitioner involves from prenatal period (deflection of risk factors) to the diagnosis, the look out and the following of mothers and children in collaboration with obstetric, pediatric and psychiatric teams.

RÉSUMÉ Blues et dépression du post-partum

Le post-partum est une période de bouleversement à la fois somatique, biologique et psychologique pour les femmes, propice à l'avènement de troubles anxiodépressifs. Post-partum blues et dépression du post-partum sont parfois des diagnostics difficiles. Le blues du post-partum est typiquement bénin ; un soutien et une écoute de la mère sont généralement suffisants. Dans une forme intense et prolongée, il est cependant associé à une augmentation du risque de dépression du post-partum qu'il faut prendre en compte. Le diagnostic de dépression du post-partum est parfois difficile et peut revêtir des formes variables, notamment en intensité. En période prénatale, l'enjeu est de repérer les femmes à risque. La communication entre les différents professionnels est alors fondamentale. Le retentissement possible de la dépression du post-partum sur la santé de la mère et de son enfant justifie une prise en charge thérapeutique adaptée. Le médecin traitant intervient tout au long de la prise en charge, de la période prénatale (dépistage des facteurs de risque) jusqu'au diagnostic, la surveillance et le suivi des femmes et de leurs enfants en collaboration avec les équipes obstétricale, pédiatrique et psychiatrique.

RÉFÉRENCES

- Dayan J, Andro G, Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité. Paris : 1999, Paris.
- Mallikarjun PK, Oyebo F. Prevention of postnatal depression. J R Soc Health 2005;125:221-6.
- Henshaw C. Mood disturbance in the early puerperium: a review. Arch Womens Ment Health 2003;2:S33-42.
- Heim A, Heim S, Philippe HJ, Nuss P, Ferreri M. Troubles psychiatriques du post-partum. Encycl Med Chir 2000;5-110-B10.
- Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol 2005;106:1071-83.
- DSM-IV-PC work group. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Primary care version in collaboration with representatives of American Academy of Family Physicians. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association, 1995.
- Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. Birth 2001;28:111-8.
- Claveirole P, Jalenques I, Geneste J, Albuissou E. The Brazelton Intervention: passation's effect on parents. Eur Psychiatry 1996;S4:319.
- Dayan J, Yoshida K. Thérapeutique des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2007;36:530-48.
- Jain AE, Lacy T. Psychotropic drugs in pregnancy and lactation. J Psychiatr Pract 2005;11:177-91.